

# 人間ドック等受診料助成金申請書兼振込依頼書

年度
----

一般財団法人飯田勤労者共済会 様

事業所名		事業所番号	.....	会員番号	.....
会員氏名		⑩	会員住所		

下記のとおり、証明書を添えて申請します。下記口座への振込みをお願いします。

受診年月日	令和 年 月 日
-------	----------

助成金額合計	.....	円
--------	-------	---

( 名)

## 振込口座

(左づめでご記入ください)

	銀行	信金		支店	普通	.....
	農協	信組		支所	当座	.....
	金庫	その他			貯蓄	.....
フリガナ						
名義						

- \*振込みを希望する口座をご記入ください。
- \*金融機関支店(支所)名・口座番号・名義等を正確にお願いします。
- \*ゆうちょ銀行を選択された場合は、通帳見開き下部に記載の「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」をご記入ください。

### 【注意事項】

助成金額:5,000円(1人年1回のみ)

助成対象:共済会会員のみ

利用条件:受診料20,000円以上

添付書類:会員本人の氏名が入った領収書(「人間ドック」「脳ドック」「PET/CT検診」と明記してあるもの)

\*コピー可

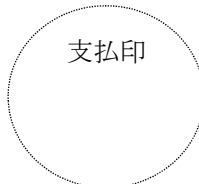
#### <個人で申請する場合>

- ・上欄へ必要事項を記入してください。

#### <事業所で一括申請する場合>

- ・会員氏名欄へは、会員どなたでも結構ですので、代表の方の氏名、住所、印鑑をお願いします。
- ・受診年月日の記入は必要ありません。
- ・金額は、合計金額を記入してください。
- ・一括振込指定口座を記入してください。
- ・裏面へ受診者名・受診日を記入してください。

※振込指定金融機関につきましては、振込手数料節減のため、なるべく飯田信用金庫をご指定下さい。



扱者	支払
	合・否

# 人間ドック等受診者一覧

事業所名 \_\_\_\_\_

(事業所No. \_\_\_\_\_ )

	会員番号	氏 名	受診日		会員番号	氏 名	受診日
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			